

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

88

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 décembre 1903, à 1 heure

PAR

Georges LE NORCY

Sur un cas d'adénite génienne
consécutive à une pyodermite

Président : M. BRISSAUD, professeur

*Juges : MM. TILLAUX, professeur
ROGER et MAUCLAIRE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	
Maladie des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	TERRIER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	DE LAPERSONNE.
Clinique ophthalmologique.....	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BUDIN.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANCON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BR OCA ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de profonde
reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MES MAÎTRES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur à la Faculté de médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine.

Sur un cas d'adénite génienne

consécutive à une pyodermite

INTRODUCTION

Il est un fait banal en pathologie, c'est que certaines affections générales, comme la syphilis et la tuberculose, retentissent sur les ganglions lymphatiques de l'économie, que certaines lésions amènent une réaction inflammatoire, dans les ganglions tributaires de la région où s'est produite la lésion.

Mais dans certains cas, soit sous l'influence d'une lésion grave, soit que le système lymphatique du sujet soit plus sensible, on voit surgir des adénites, là où l'anatomie n'avait pas démontré la présence de ganglions.

Nous avons assisté dans le service du Dr Follet (de Rennes), à une adénite de la commissure des

lèvres, à la suite d'une pyodermite chez un enfant de 4 ans.

Frappé de cette anomalie, nous avons, à l'instigation du docteur Follet, recherché s'il y avait des cas semblables relatés dans la littérature médicale.

En consultant les divers auteurs qui se sont occupés des ganglions lymphatiques de la joue, nous avons vu que seul M. Princeteau (de Bordeaux) a trouvé une fois un ganglion à la commissure des lèvres.

D'un autre côté, si l'existence des ganglions géniens a été constatée dans des affections chroniques comme la tuberculose, le cancer, on n'a jamais observé de cas d'adénite dans des affections aiguës comme la pyodermite.

Nous ferons d'abord l'historique et l'anatomie des ganglions géniens, pour voir dans quel groupe nous classerons ce ganglion de la commissure, puis après avoir passé en revue les affections qui peuvent donner lieu à ces adénites anormales, nous examinerons les symptômes et les caractères de l'adénite aiguë de la face.

Mais avant de commencer cette étude, qu'il nous soit permis d'offrir un faible témoignage de notre reconnaissance à des maîtres qui ont été pour nous aussi éclairés que bienveillants.

C'est dans le service du regretté directeur de l'École de médecine de Rennes, M. le docteur Delacour que nous avons fait nos premières armes.

Son enseignement aussi simple qu'éclairé, sa

grande bienveillance, ont su nous aplanir les débuts souvent arides de l'art médical. Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui lui témoigner toute notre affection.

L'année d'externat que nous avons passée dans le service de M. le Docteur Dayot, professeur de clinique chirurgicale, fut pour nous féconde en enseignements. Ses leçons de chaque jour et son exemple nous habitaient à cette rigoureuse minutie que comporte la pratique de la chirurgie.

Qu'il nous permette de lui vouer toute notre reconnaissance.

M. le Dr Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes, fut pour nous, pendant l'année d'internat que nous avons eu l'honneur de passer dans son service, le maître aimable et éclairé mettant chaque jour à notre disposition et sa science et son expérience. Nous lui conserverons toujours une respectueuse affection.

Que MM. les Drs Bertheux, professeur de clinique médicale, Bodin, professeur de clinique dermatologique et d'anatomie pathologique, Bruté de Rémur, professeur de clinique ophtalmologique, qui nous ont transmis une faible partie de leur science, reçoivent ici tous nos remerciements.

Nous devons à M. le Dr Perret, professeur de clinique obstétricale, nos connaissances dans cet art délicat. Nous n'oublierons jamais les leçons de notre vénérable maître.

A M. le Dr Follet, professeur de clinique médicale

qui sait si bien mettre son grand savoir à la portée de ses élèves, nous devons des remerciements tout particuliers. Son sens critique et sa méthode si originale et si bien comprise d'enseignement, nous font regretter le temps trop court passé dans son service. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse ; notre reconnaissance lui est acquise.

M. le professeur Brissaud nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

I

Historique et Anatomie des ganglions génien

La question des ganglions génien est de date relativement très récente. Tous les anatomistes anciens, aussi bien les anatomistes français que les anatomistes étrangers, sont restés muets sur cette question. Dans ces derniers temps seulement, les anatomistes de l'Ecole de Lyon surtout, ont fait à ce sujet des études sérieuses et précises.

Si nous consultons, en effet, les divers auteurs qui se sont occupés de l'anatomie de la joue, si nous examinons de nombreuses planches représentant les lymphatiques de la joue, si nous examinons de nombreuses planches représentant l'anatomie de la face, nous ne trouvons pas d'indications relatives aux ganglions génien.

Les anatomistes anglais et allemands, dans les descriptions détaillées qu'ils donnent de la face, ne font aucune allusion à ces ganglions. Pour ces anatomistes, comme pour Luschka, tous les vaisseaux lymphatiques des différentes régions de la joue vont se jeter dans les ganglions sous-maxillaires.

« En général, dit celui-ci, les lymphatiques suivent le cours des plus gros vaisseaux sanguins du visage, ainsi qu'on peut le voir à la superficie et dans la profondeur, les vaisseaux lymphatiques superficiels du visage, forment quelques troncs volumineux, qui descendent obliquement dans la direction de la veine faciale antérieure. ».

« Ils reçoivent les vaisseaux lymphatiques du front, des paupières, des parties antérieures du nez, des joues, des lèvres et du menton. Au voisinage du maxillaire inférieur, ils communiquent avec cinq ou six glandes sous-maxillaires, dont les unes sont situées sur le trajet des vaisseaux sanguins et les autres sont enchâssées entre les deux extrémités voisines du maxillaire inférieur et de la parotide. »

« Les lymphatiques profonds du visage, correspondent essentiellement à la distribution de la maxillaire interne avec son plexus ptérygoïdien. Ils se réunissent à quelques troncs qui se rendent à la partie la plus élevée du plexus jugulaire interne. »

« Parmi ceux-ci, se trouvent les lymphatiques qui ramènent la lymphe des cavités orbitaires et nasales, ainsi que des fosses temporales et ptérygo-palatine. En outre, les lymphatiques qui ramènent la lymphe

des parties les plus profondes de la joue, ainsi que du palais et de la partie nasale du pharynx, communiquent avec les glandes maxillaires internes, dont quelques-unes sont situées entre la partie postérieure du buccinateur et la paroi du pharynx ; deux ou trois sont logées entre les lobules de la parotide, là, où celle-ci rejoint la branche montante du maxillaire inférieur. »

Mascagni nous montre dans son atlas, sur le trajet des troncs lymphatiques qui avoisinent l'artère faciale, deux glandes lymphatiques immédiatement au-dessus du bord alvéolaire du maxillaire inférieur, par conséquent couchées sur le bord inférieur de la face externe du buccinateur, l'une est placée en avant, l'autre en arrière de l'artère. Au-dessous de ces deux glandes, on peut en voir deux autres sur la face externe du maxillaire inférieur, un peu au-dessus de son bord inférieur et immédiatement en avant de l'artère faciale.

Plus tard Boyer, dans son *Traité d'anatomie* (tome III, page 263) nous dit :

« Quelques vaisseaux lymphatiques pénètrent dans les glandes qu'on trouve quelquefois sur le muscle buccinateur. »

Cloquet (tome II, page 593), à l'article « ganglions de la face » ne s'étend pas plus que Boyer sur ce sujet et dit :

« On en observe quelques-uns sur le muscle buccinateur. »

Il faut arriver jusqu'à Bourgery et Jacob pour en

trouver une description un peu complète. Les auteurs divisent les ganglions de la joue de la façon suivante :

Ganglions buccaux et sous-maxillaires.

« En nombre irrégulier, deux, trois ou quatre, d'un petit volume, ils sont situés entre l'artère et la veine faciale, appliqués sur le buccinateur, et protégés en arrière par la saillie du grand zygomatic. Souvent, deux de ces ganglions sont placés plus bas, sur l'os maxillaire inférieur entre le masséter et le triangulaire des lèvres, intermédiaires entre les ganglions buccaux proprement dits et le chapelet sous-maxillaire.

L'amas ganglionnaire buccal reçoit : 1^o de la partie supérieure, les troncs lymphatiques faciaux et des rameaux géniens; 2^o de ses parties latérales, des rameaux lymphatiques labiaux, mentonniers en dedans, et des rameaux massétéris en dehors. Intérieurement, ces ganglions se vident par plusieurs rameaux dans le chapelet sous-maxillaire, qui communique en dehors avec les rameaux parotidiens. »

« Les ganglions du chapelet sous-maxillaire réunis entre eux par de nombreux rameaux de communication, reçoivent en haut les troncs efférents des ganglions buccaux qui rapportent la lymphe des lymphatiques médians de la face. »

En consultant les auteurs français, nous ne pouvons qu'être frappé du silence qu'ils conservent vis-à-vis des ganglions géniens.

Cruveilhaer, Richet, Paulet et Sarrazin, Beaunis et Bouchard ne mentionnent pas les ganglions qui nous occupent. Enfin, Sappey, dans son *Atlas des lymphatiques*, est tout à fait muet à ce sujet, et les planches qu'il consacre à la face ne montrent aucun des ganglions géniens.

Dans son *Traité d'Anatomie topographique*, M. le professeur Tillaux signale la présence d'un ganglion siégeant sur le milieu de la face externe du maxillaire inférieur, en avant du masséter et sur le trajet de la faciale.

M. Debierre (de Lille), dans une communication faite dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* dit avoir rencontré plusieurs fois quelques-uns de ces ganglions lors d'une injection au mercure des ganglions parotidiens. Il a vu un ou deux lymphatiques suivre le canal de Sténon et aboutir à un ou deux petits ganglions de la grosseur d'une lentille, situés sur la face externe du buccinateur, à l'endroit même où le canal de Sténon perfore ce muscle. De ces petits ganglions partaient des lymphatiques, dont les uns s'engageaient dans l'épaisseur même du buccinateur et dont les autres se dirigeaient vers les ganglions sous-maxillaires, la région malaire et les lèvres.

Il ajoute pour terminer : « Je ne puis en dire davantage aujourd'hui, parce que cette disposition n'avait pas alors beaucoup retenu mon attention, mais, ceux qui voudraient se livrer à des recherches plus minu-

tieuses et plus suivies retrouveraient certainement les ganglions que je viens de mentionner. »

De son côté, M. Testut fait remarquer qu'il a trouvé à l'amphithéâtre, dans deux circonstances, un ganglion de la face à siège tout à fait anormal. La première fois, le ganglion était situé à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs d'une ligne partant de l'angle interne de l'œil, à l'angle inférieur et antérieur du masséter. Une seconde fois, il a rencontré un autre ganglion dans le sillon naso-génien.

M. Jaboulay a trouvé chez une jeune fille morte à la suite de lésions tuberculeuses multiples, des ganglions géniens.

En 1892, M. Vigier, dans sa thèse inaugurale, cite un certain nombre d'observations d'adénites géniennes.

« Dans quelle proportion, ajoute-t-il, trouve-t-on les ganglions de la joue ? Ils nous paraissent être rares, à en juger par le silence des auteurs. L'attention, il est vrai, n'avait pas été appelée sur eux, et, l'on comprend très bien qu'en raison de leur petit volume, de leur petit nombre, ils aient pu passer inaperçus. Sur trente sujets environ, sur lesquels nous avons poursuivi cette recherche à l'amphithéâtre, une fois seulement, nous avons été assez heureux pour rencontrer sur la face externe du maxillaire inférieur, en contact avec la faciale, un petit ganglion génien, rentrant dans la catégorie de ceux qui nous intéressent. »

Quelques années plus tard, en 1895, dans les

Archives provinciales de chirurgie, un autre élève de M. Poncet, M. Albertin publie un mémoire sur la même question, sans ajouter aucun renseignement nouveau, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique.

Enfin, en 1899, M. Capette-Laplène, dans sa thèse inaugurale (th. de Bordeaux, 1899) expose sur cette question les travaux de M. Princeteau et donne une classification des ganglions génien.

Après avoir employé tour à tour l'injection mercurielle à l'aide de l'appareil à injection ordinaire et l'injection d'encre de Chine à l'aide d'une petite seringue de Pravaz, M. Princeteau déclare :

« Leur nombre varie de un à trois, leur forme tantôt arrondie, tantôt allongée comme un fuseau, leur volume d'un grain de mil jusqu'à celui d'un haricot de moyenne grosseur. »

Pour les rencontrer, il faut limiter ses investigations dans l'aire et sur les bords d'un triangle dont la base est représentée par la veine faciale, les deux côtés par l'artère faciale, dont l'incurvation au niveau de la commissure représente le sommet.

En tirant une ligne de la commissure labiale sur l'embouchure du canal de Sténon, on partage ce triangle en deux autres plus petits, l'inférieur, en rapport avec la face externe du maxillaire inférieur, le triangle supérieur, formé par la paroi mobile du buccinateur, revêtu de son aponévrose, dans sa portion sous-jacente au canal de Sténon.

Il classe les ganglions, suivant qu'ils sont couchés sur le plan osseux ou sur le plan musculaire.

Classification des ganglions de la joue.

Avant M. Princeteau, MM. Vigier et Albertin divisaient ces ganglions de la manière suivante :

1° *Ganglions superficiels* : a) *ganglions massété-rins*; b) *ganglions commissuraux*; c) *ganglions sous-orbitaires*.

2° *Ganglions profonds*.

1° *Ganglions superficiels.*

a). *Massété-rins*. — Sur la face externe, un peu au-dessus du bord inférieur du maxillaire. « On pourrait aussi, dit M. P. Vigier, les désigner sous le nom de mentonniers » (Région mentonnière de Tillaux).

b). *Commissuraux*. — Situés à la hauteur de la commissure labiale.

c). *Sous-orbitaires*. — Situés plus haut, au niveau de l'os malaire ou de la branche montante du maxillaire supérieur.

2° *Ganglions profonds*. — Situés sous l'aponévrose du buccinateur.

M. Capette-Laplène n'admet pas cette classification et propose, d'après les recherches de M. Princeteau, la suivante :

1° *Ganglions buccaux* ;

2° *Ganglions sus-maxillaires*.

3° *Ganglions infra-maxillaires*.

1° *Ganglions buccaux*. — Ces ganglions, ainsi dési-

gnés parce qu'ils sont placés sur la face externe du muscle buccinateur, sont constamment situés sur le bord inférieur de la veine faciale. Ils sont en contact avec elle, et enfouis dans l'atmosphère cellulo-adipeuse qui l'enveloppe. Leur volume varie depuis celui d'une petite tête d'épingle, jusqu'à celui d'un petit haricot. Leur forme tantôt arrondie, tantôt fusiforme. La situation des ganglions buccaux n'est pas fixe. Ils sont tantôt placés immédiatement au dessous de l'embouchure du canal de Sténon, sur le buccinateur, en rapport avec le bord inférieur de la boule graisseuse de Bichat, tantôt à égale distance du canal de Sténon et du bord alvéolaire du maxillaire inférieur ou enfin sur l'insertion du muscle buccal au maxillaire inférieur.

2° *Ganglions sus-maxillaires*. — Ce groupe ganglionnaire inférieur, en opposition avec les ganglions sous-maxillaires qui se trouvent au contraire placés sous la face interne du dit maxillaire.

Ils sont cachés par l'expansion du peaucier du cou, situés, soit sur le trajet de la veine ou de l'artère ; on peut même trouver un ganglion qui « se creuse en gouttière pour embrasser dans sa concavité » ces deux vaisseaux.

3° *Ganglion infra-maxillaire*. — On peut enfin trouver un ganglion sur le bord inférieur du maxillaire et qui, « dans un équilibre instable du fait de sa position, peut être ramené artificiellement à l'aide de la pression du doigt, tantôt en dessus, tantôt en dessous du maxillaire inférieur. » C'est en somme

un ganglion de transition entre les ganglions faciaux et les ganglions sous-maxillaires.

Nous voyons que M. Capette-Laplène, d'après les recherches de M. Princeteau, transforme complètement la classification de M. Vigier.

D'abord, il n'admet pas l'existence de ganglions génériens profonds. D'après lui, l'erreur vient de ce qu'il existe, dans cette région, au-dessous du buccinateur, un groupe très riche de glandules salivaires, qui peuvent s'enflammer, augmenter de volume et simuler assez bien, à un examen superficiel, des ganglions.

D'un autre côté, les ganglions auxquels M. Vigier donne le nom de commissuraux, n'ont rien de commissuraux. En effet si on relit les observations où il mentionne ces ganglions (Obs. I et II), on voit dans la première, « cette tumeur, de la grosseur d'un noyau de cerise, de forme allongée, de consistance ferme, cependant un peu élastique, située à trois centimètres environ en dehors et sur la ligne de la commissure labiale, » et dans la seconde, « à gauche, un peu au-dessus de la ligne commissurale prolongée, ganglion dur, du volume d'un gros pois, » sans insister davantage sur le siège précis de la tumeur.

Ces ganglions, situés à la partie moyenne d'une ligne allant de la commissure labiale au tragus, méritent peu, en effet, la dénomination de ganglions commissuraux.

Seul, Princeteau a rencontré une fois un ganglion gros comme un grain de chenevis, au niveau de la

commissure droite des lèvres d'un adulte, reposant sur la face externe de l'orbiculaire des lèvres, au-dessous du pannicule adipeux sous-cutané et à 8 millimètres en dehors de la commissure elle-même. Ce ganglion mérite bien mieux, d'après nous, le nom de ganglion commissural que ceux que l'on rencontre, comme dans les observations de M. Vigier, au niveau de l'embouchure du canal de Sténon. Il n'en a pas trouvé d'exemple dans la littérature médicale.

D'un autre côté, MM. Poirier et Cunéo (*Traité d'anatomie*), après avoir classé les ganglions génien, qui, d'après eux, devraient porter le nom de ganglions faciaux, en :

1° Groupe inférieur ou sus-maxillaire.

2° Groupe moyen ou buccinateur.

a) Amas postérieur ou rétro-vasculaire.

b) Amas moyen intervasculaire.

c) Ganglion antérieur prévasculaire.

3° Groupe supérieur.

disent, après avoir parlé de l'amas moyen ou intervasculaire du groupe buccinateur :

« Enfin, on peut rencontrer exceptionnellement un ganglion antérieur, prévasculaire, placé sur la face externe de l'orbiculaire des lèvres, dans le tissu cellulaire sous-cutané, à 8 ou 10 millimètres de la commissure labiale. C'est le ganglion de Princeteau. »

On voit donc que ce ganglion n'a été trouvé qu'une fois par Princeteau. Celui que nous avons eu la bonne chance de rencontrer, et que nous rappor-

tons dans notre observation X est bien le ganglion de Princeteau, le ganglion commissural. Il est situé à un centimètre et demi de la commissure labiale, légèrement au-dessous de la ligne qui va de la commissure des lèvres au tragus. Il appartient au groupe moyen ou ganglions « buccinateurs » de M. Poirier et à la variété prévasculaire, c'est-à-dire située en avant des vaisseaux faciaux, artère et veine, entre ces derniers et la commissure.

Maintenant que nous avons retracé l'histoire, des ganglions géniens et étudié leur anatomie voyons dans quelles affections nous pouvons les rencontrer. Nous étudierons d'abord les adénites tuberculeuses, puis les adénites cancéreuses, puis nous retracerons les caractères et les symptômes des adénites aiguës.

II

Pathologie des ganglions géniens.

Ces adénites, relativement rares, surtout si on les compare au point de vue de la fréquence, aux adénites des autres régions, du cou par exemple, sont cependant loin d'être dénuées d'intérêt.

En effet, nous venons de voir en faisant l'histoire et l'anatomie de la question, qu'elles étaient moins rares qu'on aurait pu croire au premier abord, et qu'à part le ganglion commissural, dont notre observation constitue le deuxième cas relaté, chaque nouvel auteur apportait, depuis les travaux de M. Vigier, quelques observations nouvelles d'adénites.

D'ailleurs, les adénites de la joue, ne provoquent pas, du moins au début, de trainées de lymphangite ou d'inflammation du tissu cellulaire voisin. Pendant toute leur évolution, le cortège des symptômes qui les accompagnent est si peu bruyant que leur pré-

sence peut échapper au praticien ou ne pas attirer l'attention du malade.

Dans ce cas, rien d'étonnant à ce que cette affection, **étant** donné surtout que l'anatomie de cette région n'était pas encore ébauchée, ait été prise bien des fois pour des affections toutes différentes, comme par exemple le kyste, le lipome, la gomme syphilitique ou tuberculeuse. M. Princeteau a même cité un cas où le diagnostic porté avait été : actinomyose.

Le clinicien doit être en garde contre de telles erreurs de diagnostic. En connaissant bien les caractères propres des adénites génienues on peut ne pas les laisser inaperçues et y apporter un traitement aussi précoce qu'efficace.

Cette connaissance a surtout grande importance lorsqu'il s'agit de cancer, car, en pratiquant l'excision de ces néoplasmes, qui s'accompagnent comme dans les deux observations que nous citons (Obs. VI et VII) d'adénite génienne, on ne doit pas oublier d'extirper les ganglions buccaux, quelle que soit leur place, sous peine de voir, à leur niveau, récidiver la tumeur maligne.

Variables d'habitude avec la nature et la durée de la maladie qui détermine leur apparition, les caractères de ces adénites sont aussi quelquefois communs aux diverses variétés. C'est ainsi que les ganglions atteints ont de faibles dimensions et n'acquièrent que rarement un volume supérieur à celui d'une noisette. La fusion de plusieurs ganglions voisins est

exceptionnelle et dans la joue, on ne rencontre pas ces paquets ganglionnaires que présentent si fréquemment les régions axillaires ou cervicales. Ces adénites offrent de plus de nombreux traits de ressemblance avec les autres engorgements ganglionnaires.

Tantôt la marche de l'affection est rapide, tantôt elle reste longtemps stationnaire, et l'accroissement des ganglions lymphatiques est lentement progressif. Dans le premier cas, elle aboutit à la suppuration presque d'emblée, dans le second, la période d'induration est fort longue ou permanente.

Etiologie des adénites géniennes en général.

L'étiologie des adénites géniennes est celle de toutes les affections ganglionnaires, c'est-à-dire une lésion soit une lésion cancéreuse, un cancroïde de la face (obs. VI), ou un épithélioma de la joue (obs. VII), soit un lupus (obs. V), soit enfin un chancre des lèvres, comme dans l'observation de Capette-Laplène (obs. VIII) ou enfin une lymphadénie comme dans l'observation recueillie par Princeteau (obs. IX).

La direction assignée par les auteurs aux vaisseaux lymphatiques de la face, nous permettra de reconnaître les diverses parties du visage, dont les réseaux aboutissent aux ganglions buccaux. Ce sont les paupières, les téguments du nez, des lèvres, des joues, les muqueuses buccale, nasale et gingivale.

Il faut cependant, pour que l'infection lymphatique se produise, là, comme dans les autres régions de l'économie, que la lésion ne soit pas trop superficielle. On ne verrait pas plus à la joue que dans les autres parties du corps, l'herpes labial ou le *demo-*

dex folliculorum, par exemple, amener un engorgement ganglionnaire.

Au contraire, une affection plus grave, comme l'impetigo de la face et particulièrement de la commissure des lèvres, peut provoquer une réaction inflammatoire dans les ganglions tributaires de la région infectée.

En effet, comme nous le voyons, dans notre observation, l'enfant est atteint de suppuration de la peau. C'est d'abord l'impetigo de la face et du cuir chevelu qui détermine des adénites aux régions post-auriculaires, mastoïdiennes et cervicales, puis enfin, l'apparition de l'adénite commissurale, à la suite de la lésion des lèvres.

Nous allons d'abord étudier les différentes adénites provoquées par les maladies citées plus haut, l'adénite tuberculeuse, l'adénite cancéreuse, enfin l'adénite syphilitique dont on ne possède qu'un exemple.

Nous y joignons une observation de polyadénite génienne, consécutive à une lymphadénie, rapportée par Princeteau (obs. IX). Nous décrirons ensuite l'adénite aiguë dont nous avons observé un cas (obs. X). Puis, après avoir exposé l'anatomie pathologique et le diagnostic de ces affections, nous dirons quelques mots du traitement.

A. — *Adénite tuberculeuse.*

L'adénite tuberculeuse de la joue présente une grande analogie avec celle des autres régions. Dans presque tous les cas, on les rencontre chez les sujets en puissance de tuberculose, ou plus exactement dans cette catégorie d'individus que l'on désignait autrefois sous le nom de scrofuleux. La coïncidence de cette adénite buccale avec d'autres manifestations tuberculeuses est extrêmement fréquentes ; les antécédents héréditaires ou personnels du sujet révèlent presque toujours quelques unes des affections rangées dans le cadre de la tuberculose. Du côté de leurs parents, ce sont le père et la mère morts de phtisie ou de péritonite tuberculeuse, des frères ou des sœurs morts en bas âge de méningite tuberculeuse ou autres affections bacillaires.

Souvent chez ces sujets, il n'y a pas d'atteintes graves du côté des voies respiratoires, et c'est plutôt une forme de tuberculose atténuée, avec localisation à certains ganglions, particulièrement ceux des joues et du cou, sans qu'il soit possible de découvrir aucune manifestation tuberculeuse.

Les auteurs qui ont étudié les adénites en général, reconnaissent leur plus grande fréquence dans le sexe féminin.

Naturellement, dans l'étiologie des adénites génien-
nes, comme dans celles de toutes les autres régions

du corps et du cou en particulier, il faut tenir un très grand compte de toutes les causes qui influent sur la marche de la tuberculose. C'est d'abord le jeune âge, car chez les enfants les ganglions lymphatiques sont plus aptes à s'enflammer et réagissent plus facilement à l'infection que chez l'adulte. D'autre part, la mauvaise hygiène, une habitation humide, mal aérée, où sont entassées dans la même pièce plusieurs personnes, une alimentation insuffisante, le surmenage, les excès de toute sorte, sont autant de causes prédisposantes.

B. — *Adénites génienues cancéreuses.*

Les adénopathies cancéreuses de la joue présentent un grand intérêt pratique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de traitement chirurgical des néoplasies qui les ont provoquées.

Il ne faudra pas oublier, en effet, lorsqu'on enlèvera un épithélioma de la lèvre ou un cancroïde de la face, de rechercher avec soin les ganglions génienues. Si on les rencontre, il faut les extirper. De même que dans l'ablation du cancer du sein, on va jusque dans l'aisselle, rechercher tous les ganglions engorgés de même on enlèvera tous les ganglions génienues enflammés. En laissant l'un de ces ganglions, on s'exposerait à voir la récurrence se faire quelque temps après, au niveau de ces ganglions.

Les adénopathies sont consécutives à des cancroï-

des des paupières à des épithéliomas de la lèvre supérieure ou de la commissure.

La lèvre supérieure envoyant tous ses lymphatiques vers la région sus-hyoïdienne, il s'ensuit que les épithéliomas si fréquents de cet organe n'intéressent guère les ganglions lymphatiques géniens.

D'une façon générale, lorsque l'infection ganglionnaire se produit, le néoplasme est ulcéré et a acquis un développement assez considérable.

M. Lannelongue de Bordeaux dit avoir en l'occasion d'extirper deux ou trois ganglions situés le long de l'artère faciale, lors d'ablation d'épithélioma de la face.

C. — *Adénites syphilitiques.*

Dans les conclusions de son étude sur les adénites géniennes, M. Vigier (thèse de Lyon, 1892) dit :

« Des observations ultérieures révéleront sans doute la présence des ganglions géniens ailleurs que dans les lésions tuberculeuses et cancéreuses de la face. Il est possible qu'à la suite de chancressimples ou syphilitiques de la face on puisse rencontrer des adénites de la joue. »

Il était en effet logique de supposer qu'un chancre des lèvres qui provoque d'habitude des adénites sous-maxillaires, qu'un chancre des paupières ou de la joue qui amène l'engorgement des ganglions pré-auriculaires, souvent même à l'exclusion des autres

ganglions lymphatiques, pourraient également retentir sur les ganglions de la joue. Pourquoi les ganglions géniens ne seraient-ils pas, en effet, eux aussi, tributaires de l'infection spécifique?

En effet, en 1899, Capette-Laplène en rapporte une observation (obs. VIII). C'est un cas d'adénite génienne, qui sous l'influence d'une syphilis contractée 2 mois après son début, a subi une poussée plus forte, après l'apparition du chancre sur le côté droit de la lèvre inférieure. Le ganglion a passé du volume d'un gros pois à celui d'une noisette.

D. — *Adénites aiguës.*

Les ganglions de la joue sont atteints simultanément, comme dans notre observation. On constate une adénite sous-maxillaire et sus-hyoïdienne du côté de la lésion, mais, comme dans les adénites chroniques, l'adénite peut rester limitée au seul ganglion commissural et toute autre manifestation ganglionnaire du voisinage faire défaut. De même que si, le plus ordinairement, les ganglions du cou ne sont pris que du côté de l'adénite génienne, on peut trouver par analogie avec les adénites chroniques, un engorgement ganglionnaire des deux côtés.

Quel volume peut atteindre le ganglion? Nous l'avons vu atteindre le volume d'une petite noisette. Il peut être sous-cutané ou occuper la profondeur de la joue, sans révéler sa présence à la seule inspec-

tion. Aucune douleur au début, aucun changement de couleur à la peau, aucune tumeur apparente, pas d'œdème. Puis, vient une légère gêne, qui se convertit ensuite en une véritable impotence fonctionnelle. Non seulement il devient difficile de souffler, mais tout mouvement de la joue devient douloureux. Le masséter contracturé ne permet plus que difficilement au malade d'ouvrir la bouche. La mastication d'aliments solides lui étant devenue impossible, le malade est obligé de se nourrir d'aliments liquides.

De même que les symptômes subjectifs les symptômes objectifs subissent de nombreuses modifications, en rapport avec les phénomènes internes qui se produisent dans l'intérieur de la joue. La peau, qui avait tout-à-fait au début conservé sa coloration normale, prend successivement une coloration rose, puis une teinte rouge-vif. Alors, ou bien, il se produit une régression, la lésion qui a été le point de départ de l'adénite étant guérie, les phénomènes douloureux peuvent disparaître. En même temps que la douleur, les troubles fonctionnels deviennent de moins en moins marqués.

La rougeur de la peau disparaît, puis le ganglion diminue peu à peu. Tantôt, au contraire, la rougeur s'accroît, on voit bientôt de fines arborisations veineuses, dont le réseau est plus serré, la coloration plus marquée au sommet de la petite tuméfaction formée. La douleur est très vive, la peau tendue. Il est facile de percevoir une légère augmentation de

température. Enfin, la fluctuation est évidente.

La collection purulente, si le pus s'est formé, s'ouvre spontanément, laissant s'écouler au dehors un pus mal lié et sanguinolent. A la suite de cette adénite suppurée, peut subsister une cicatrice déprimée.

La période congestive peut s'accompagner de phénomènes généraux, étant donné surtout que, le plus ordinairement, d'autres groupes ganglionnaires sont atteints, mais une adénite limitée à un seul ganglion de la joue peut s'accompagner de symptômes généraux assez intenses ; céphalalgie, perte d'appétit et même un léger mouvement fébrile accompagné de frissons.

III

Anatomie pathologique.

Quels sont les phénomènes internes présentés par les ganglions de la joue atteints d'adénite ?

Ils diffèrent suivant qu'on les envisage à la première période où le ganglion est le siège d'une simple congestion, ou à la dernière, au moment où il ne forme plus qu'une masse purulente. Nous empruntons au *Traité de pathologie externe* de Poulet et de Bousquet, les détails sur les modifications subies par les ganglions en général, et sur la manière dont le ganglion lymphatique malade se comporte vis-à-vis du tissu cellulaire ambiant.

« Les premiers phénomènes appréciables de l'adénite sont le gonflement de l'organe et sa congestion vasculaire interne. Les ganglions ont perdu leur perméabilité et s'injectent difficilement. Au toucher, ils donnent une sensation dure, élastique. La coupe rouge brun, d'aspect splénique, avec de petits foyers hémorrhagiques disséminés, dénote une dilatation excessive des capillaires sanguins. De même, l'arrêt de la circulation lymphatique est dû à la dilatation, à l'obstruction des tissus lymphatiques au niveau de la substance corticale, par de la fibrine, de la matière granuleuse et des détritits de leucocytes altérés. Les

follicules ne restent pas indifférents ils sont bourrés par la fibrine et les cellules lymphatiques agglomérées. »

« En même temps le stroma des ganglions se gonfle et s'infiltré de leucocytes. »

« En passant ou en raclant la coupe d'un ganglion ainsi altéré, on obtient un suc lactescent abondant, où le microscope permet de reconnaître des leucocytes et des cellules épithéliales plus ou moins altérées, à plusieurs noyaux. »

« Le processus inflammatoire ne dépasse pas ce degré quand l'affection se termine par résolution, ce qui est fréquent, et rarement, on voit le ganglion subir un ramollissement partiel. Dans le cas où l'adénite ne suppure pas, le gonflement, la congestion diminuent insensiblement et le ganglion peut s'indurer, s'atrophier et revenir à l'état normal. »

« Si la cause irritante a une intensité suffisante, à la période congestive, succède la période de suppuration. Le ganglion primitivement dur, se ramollit, son tissu plus friable, cède sous la pression des doigts. Sur la coupe, les ilots hémorrhagiques du début, sont remplacés par de petits foyers jaunâtres, bientôt franchement purulents, qui se réunissent par la disparition des fibres tuméfiées du stroma, et transforment insensiblement tout le ganglion en abcès kystique limité par la coque fibreuse de l'organe. »

« En même temps que ces derniers phénomènes se passent à l'intérieur du ganglion, le tissu cellulaire ambiant participe toujours à des degrés divers à

l'inflammation. Il arrive même, qu'il réagit plus énergiquement que le tissu de la glande. Aussi, peut-il suppurer seul, sans participation du ganglion (phlegmon péri-ganglionnaire). D'autres fois, le phlegmon périphérique et le ganglion abcédé ne s'ouvrent pas simultanément ; enfin, le ganglion s'ouvre parfois à la peau, sans que le tissu cellulaire suppure. »

L'adéno-phlegmon étant constitué, comment se comporte le pus ? Selon qu'il sera placé du côté de la peau ou du côté de la muqueuse, au-dessus ou au-dessous de l'aponévrose du buccinateur le pus aura tendance à s'ouvrir du côté de la peau ou du côté de la muqueuse, à l'extérieur ou dans la cavité buccale.

IV

Diagnostic.

Le diagnostic est d'abord à faire avec *l'adéno-phlegmon d'origine dentaire*. Il a ordinairement pour cause la carie dentaire. L'adéno-phlegmon d'origine dentaire, ressemble à s'y méprendre à une fluxion dentaire et on a pu dire avec raison que beaucoup de fluxions sont des adénites ignorées.

Depuis longtemps déjà, les cliniciens ont signalé l'engorgement du ganglion mentonnier.

Mais dans ce cas, l'adéno-phlegmon est consécutif à une carie des dents de la mâchoire supérieure. Nous avons vu, en effet, que la carie des dents de la mâchoire inférieure, retentit sur les ganglions mentonniers et sus-hyoïdiens. La dent est alors le siège de symptômes douloureux, accrus par la pression et par les variations de température qui enlèvent tous les doutes.

On ne confondra pas non plus cette affection avec le *kyste sébacé* qui se développe avec une certaine lenteur. Il est toujours sous-cutané. Un ganglion induré donne au doigt une sensation résistante et

élastique, remplacée dans le kyste par une consistance plutôt molle et pâteuse. L'un roule sous le doigt, l'autre semble enchâssé dans la peau.

Le *kyste dermoïde* ressemble par sa forme et son volume au kyste sébacé, mais il est congénital et ne siège jamais dans la joue en avant du masséter.

Le furoncle de la joue pourra difficilement en imposer pour une adénite. Il est sous-cutané. Son aspect cratériforme et son bourbillon le feront aisément reconnaître.

Les *kéloïdes fausses* sont consécutives à des brûlures.

Les *kéloïdes spontanées* ont des formes particulières. Elles ne prennent jamais l'apparence d'un pois.

Quand au *lipôme*, il a ordinairement pour point de départ, la boule graisseuse de Bichet. Elle est située sur la branche montante du maxillaire inférieur et en dedans du masséter. Le lipôme de la joue est ordinairement proéminent sous la muqueuse buccale.

Les *gommes syphilitiques* peuvent se rencontrer en cet endroit de la joue, mais leur évolution et leur consistance sont bien différentes. Elles cèdent rapidement au traitement par l'iode de potassium.

Pourra-t-on confondre l'adénite avec les *varices lymphatiques*. La forme de ces dernières est toute différente. Tandis que le ganglion est uni, dur, roulant sous le doigt, les varices ont la forme de dilations cylindroïdes.

Traitement

Le traitement des adénites de la joue est celui des adénites en général.

Si l'adénite est à marche lente, si le ganglion, après avoir lentement augmenté de volume reste stationnaire, si la peau n'est pas tendue, il vaut mieux attendre.

Si les téguments sont incolores ou légèrement rosés, que cette couleur n'a pas de tendance à augmenter ; si le ganglion est mobile et roulant, sans adhérence au tissu périphérique, on se borne à traiter la lésion qui a provoqué l'adénite. Au bout d'un certain temps, si la lésion causale, traitée énergiquement, a guéri, le ganglion disparaît peu à peu.

Lorsque la tumeur augmente progressivement, que la douleur devient plus vive et qu'on commence à percevoir une légère fluctuation, il faut inciser le plus tôt possible. Si le ganglion est situé superficiellement, au-dessus de l'aponévrose, on incise par la face extérieure de la joue. Chaque fois qu'il sera possible, on devra faire en sorte d'évacuer le pus par la cavité buccale, pour éviter les cicatrices apparentes.

OBSERVATION I

Adénite génienne commissurale droite.

P. Vigier, th. de Lyon 1892,

Madame D...., 39 ans. Santé à peu près bonne. Sujette depuis 12 ans à des poussées d'adénites suppurées des ganglions cervicaux. Cette malade allait à peu près tous les trois mois au cabinet du Dr Biot de Mâcon, lui montrer un ganglion enflammé, en voie de suppuration. Après incision et curettage, ce dernier bourre la cavité d'iodoforme ; mais la cicatrisation se fait attendre, donnant lieu à une petite suppuration demi-sérieuse difficile à tarir.

Un jour elle vint, porteuse d'un ganglion sous-auriculaire gauche, rouge, tuméfié, douloureux. Une ponction à la lancette en fit sortir gros comme un pois de pus jaunâtre, ayant la consistance du mastic. En même temps, la malade montre une petite tumeur qui s'était développée depuis 8 jours environ dans l'épaisseur de la joue droite et qui l'inquiétait beaucoup, quoiqu'elle fût indolore.

Cette tumeur, de la grosseur d'un noyau de cerise, de forme allongée, de consistance très ferme, cependant un peu élastique, située à 3 centimètres environ en dehors et sur la ligne de la commissure labiale, était très mobile entre le plan cutané et le plan muqueux de la joue.

OBSERVATION II

Mono-adénite commissurale.

P. Vigier.

Paul J..., 13 ans. Entré le 2 juin 1891 dans la salle Saint-Mathieu.

Eczéma du cuir chevelu sur un espace large comme deux pièces de 5 francs. Fistule lacrymale de l'œil gauche. Plaques de lupus et d'eczéma disséminées sur le visage.

Pas d'otite, pas de conjonctivite.

La région sous-maxillaire présente des ganglions de très petit volume. A gauche, un peu au-dessus de la ligne commissurale prolongée, ganglion dur, du volume d'un gros pois, situé sous muqueuse et roulant sous le doigt. Pas de gêne fonctionnelle. Ce ganglion varierait constamment de volume, d'après le malade.

OBSERVATION III

Mono-adénite chronique de la joue gauche (thèse de Vigier).

Ferdinand V..., 35 ans, employé de chemin de fer.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts, le premier d'accident, la seconde d'épuisement et de chagrin.

Antécédents personnels. — Orphelin à 12 ans, domestique, est soumis à un travail pénible. Nourriture suffisante.

Pas de signes de strume (rien du côté des oreilles, des cheveux, des yeux). Pas de maladies jusqu'au moment du service militaire.

Au régiment, il contracte la fièvre typhoïde. Pendant la convalescence refroidissement et à la suite bronchite qui dure une quinzaine de jours. Amaigrissement consécutif. Vers la même époque accident (lait de chaux lui tombe dans les yeux). Pour les trois maladies, huit mois de séjour à l'hôpital militaire-Desgenettes.

Depuis jamais de maladie. Ne tousse pas en hiver, s'enrhume difficilement. Il y a deux ans, a vu survenir une grosseur du volume d'une noisette, située au milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur, au niveau du bord antérieur du masséter. Cette grosseur n'était pas adhérente à la peau, qui était normale, saillante à l'extérieur et du côté de la muqueuse buccale. Pas d'adhérence avec l'os. Le malade attribue l'apparition de cette tumeur à un coup de froid. Elle a duré une quinzaine de jours, n'a pas suppuré et a disparu sans traitement.

Rien du côté de la bouche, pas de gingivite, pas d'abcès dentaire.

Ily a un mois, cette grosseur a reparu exactement au même point. Elle s'est développée peu à peu et atteint le volume d'une petite noix. La peau à ce niveau est rouge et légèrement chaude, adhérente à la tumeur. Cette dernière est parfaitement mobile sur les plans sous-jacents et dans tous les sens. On la limite facilement et on la saisit sans peine entre les doigts. Sensation assez nette de fluctuation. Avant-hier, le malade a fait arracher une prémolaire; la tumeur n'a pas diminué de volume.

OBSERVATION IV

Adénite chronique suppurée (Capetie-Laplène. th. de Bordeaux).

Le sieur D..., boulanger, âgé de 28 ans, incommodé par une petite tuméfaction qu'il portait à la joue droite depuis deux mois environ, fait appeler son médecin le Dr A..., le 2 sept. 1898. Il lui explique qu'étant sur le point de se marier, il désire être débarrassé de la grosseur qui l'incommode et qui lui rend le visage légèrement asymétrique.

Il existe dans l'épaisseur de la joue droite, immédiatement en avant du masséter et au-dessus du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, une petite tumeur discoïdale de la grosseur d'une dragée ordinaire.

Cette tumeur a fait son apparition à la suite de l'avulsion d'une dent cariée (la première petite molaire).

L'avulsion de la dent remonte déjà à deux mois et demi.

Ce n'est que peu à peu que le gonflement s'est produit, pour acquérir progressivement le volume que nous remarquerons au moment de l'examen.

La petite tumeur prise entre les doigts, dont les uns sont introduits dans la cavité buccale et les autres en dehors de ladite cavité, roule aussi bien sous la peau que sous la muqueuse. Elle n'est donc fixée ni à l'une ni à l'autre de ces deux couches de la joue. De plus, elle donne la sensation de quelque chose de très nettement encapsulé avec contenu

liquide, car il semble qu'on perçoive de la fluctuation profonde. La douleur a toujours été minime et moins importante que la gêne apportée à la mastication.

En explorant la joue autour de la petite tumeur on sent très nettement battre l'artère faciale dont le siège est très facile à préciser au-devant d'elle.

Quant à la déformation, elle est peu apparente et donne plutôt l'impression d'un petit corps étranger que le malade porterait dans sa bouche et qui soulèverait légèrement la joue.

Incision par la voie buccale:

La cicatrisation a demandé un mois et demi pour se faire complète.

OBSERVATION V

Lupus de la joue. Adénite génienne (Albertin Bordeaux).

I. D..., âgé de 15 ans, est soigné pour lupus de la joue gauche. Au niveau du milieu de la ligne qui va de la commissure labiale à la racine du lobule de l'oreille, petite tumeur de la grosseur d'un petit pois, qui roule légèrement sous le doigt et qui est en voie de transformation cicatricielle, comme la lésion cutanée.

OBSERVATION VI

Adénite cancéreuse consécutive à un épithélioma de la face
(Capette-Laplène).

Mme S..., est âgée de 84 ans. Depuis sept ans, elle est porteuse à la joue gauche et dans le sillon naso-génien d'un de ces épithéliomas désignés de puis longtemps sous le nom de *noli me tangere*. Naturellement, comme elle était fort impatiente, elle a dès le début de son mal appliqué topiques sur topiques, et la tumeur, de petite qu'elle était, s'est mise à végéter et à couvrir une surface beaucoup plus étendue qu'au début, de telle sorte que le néoplasme envahit depuis l'angle interne de l'œil jusqu'à la lèvre supérieure, limité en dedans par la saillie molaire : surface très végétante et recouverte de croûtes noirâtres superposées et imbriquées les unes sur les autres, donnant à la tumeur un volume plus considérable qui a épouvanté sa fille, laquelle l'a conduite à la consultation du Dr Princeteau (de Bordeaux) le 15 septembre 1898.

Il explore avec soin la joue de la malade et a la bonne fortune de constater au niveau de la partie moyenne de cette région, en avant du bord antérieur du masséter, une petite tuméfaction de la grosseur d'un haricot, roulant sous le doigt et qu'il est possible de déplacer entre les deux plans muqueux et cutané lorsqu'on introduit un doigt dans la bouche tout en s'aidant d'un autre sur la face externe ou cutanée de la joue.

La malade a été perdue de vue.

OBSERVATION VII

Adénite cancéreuse de la joue droite. P. Vigier. Th. de
Lyon 1892.

X..., 70 ans, entre au commencement d'avril 1887 dans le service de M. le professeur Poncet.

Sur la lèvre un épithélioma à forme ulcéreuse occupant les trois quarts de la lèvre, en partant de la commissure droite.

On constate dans la joue droite, un peu au-dessous du bord inférieur du maxillaire inférieur et correspondant à l'arcade dentaire, la présence d'une petite tumeur. Cette dernière, du volume d'une grosse noisette, offre une consistance ferme ; elle roule difficilement sous le doigt. Elle accompagne la faciale.

Pas de ganglions sous-maxillaires ni sus-hyoïdiens.

20 avril 1892. — Excision de l'épithélioma. L'ablation de la tumeur révèle un ganglion ayant subi la dégénérescence néoplasique.

OBSERVATION VIII

Adénite syphilitique génienne. Capette-Laplène (th. de
Bordeaux).

H..., caporal infirmier, 24 ans.

Antécédents héréditaires ; antécédents personnels : Rien.

S'est aperçu au commencement d'avril 1899, d'une petite grosseur du volume d'un pois à la région sous-maxillaire droite. Cette tumeur ne provoquant ni douleur ni gêne, a grossi peu à peu. Actuellement, est double du volume primitif.

Vingt jours après, une petite tumeur nouvelle indolore, de la grosseur d'un grain de maïs, s'est formée au-dessus, sur le côté externe du maxillaire inférieur, au voisinage du bord antérieur du masséter. Au commencement de juin a contracté la syphilis, apparition du chancre sur le côté droit de la lèvre inférieure ; plaques muqueuses à la gorge et dans la cavité buccale. A la suite, ce ganglion a augmenté brusquement de volume et actuellement, il est de la grosseur d'une noisette.

Le ganglion sous-maxillaire est à peine augmenté de volume.

Ce malade suit depuis quelques jours un traitement spécifique.

OBSERVATION IX

Polyadénite buccale et sus-maxillaire consécutive à une
lymphadénie.

Capette-Laplène (th. de Bordeaux).

Femme âgée de 63 ans. Depuis longtemps (4 ans environ) sa santé s'est altérée, elle est devenue très pâle et très faible, au point que ses jambes ne peuvent plus la porter. Depuis un mois, elle garde le lit, la face est bouffie et déformée, les lèvres tuméfiées. Le cou, très gros et parsemé de nodosités irrégulières, donne à la malade une impression étrange. La respiration se fait mal, d'ailleurs, ainsi que la déglutition. La température est élevée : 38°5. L'état nous paraît grave au premier abord, mais le pronostic s'assombrit après examen plus approfondi. En effet, l'examen de l'appareil lymphatique de la malade, ne nous laisse aucun doute sur l'affection dont elle est atteinte. Il s'agit bien d'une lymphadénie à marche rapide, avec invasion de presque tous les ganglions du corps. Notre attention se porte plus spécialement sur le côté droit du cou et de la face, au niveau desquels se dessine déjà sous la peau, un chapelet ascendant de ganglions hyperplasiés.

La maladie s'est chargée dans ce cas particulier de réaliser une injection de ganglions bien mieux faite et plus apparente à l'œil que n'aurait pu le faire la main d'un anatomiste.

On constate : 1^o un ganglion buccal, de la grosseur d'un gros pois au-dessous du canal de Sténon ; 2^o un ganglion sous-maxillaire allongé entre la veine et l'artère faciale que l'on sent battre en avant et qui transmet ses battements (le ganglion occupe toute la hauteur de la face externe du maxillaire inférieur) ; 3^o un ganglion plus volumineux que les précédents et à cheval sur le bord inférieur du maxillaire, touchant aux ganglions sus-maxillaires par en haut et aux ganglions sous-maxillaires par en bas.

La malade est morte un mois après, sans qu'il nous ait été possible de vérifier notre diagnostic par une autopsie.

OBSERVATION X (Inédite).

Recueillie dans le service du D^r Follet (Hôtel-Dieu) Rennes.

Augustine B..., 4 ans. Entrée salle Ste-Eugénie le 20 mai 1902, pour impetigo de la face et du cuir chevelu.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents morbides, sinon quelques diarrhées. L'état général est satisfaisant ; pas de ganglions généralisés. L'alimentation se fait bien. Rien à l'appareil respiratoire, ni au cœur, ni aux reins. Pas de syphilis.

L'impetigo de la face et du cuir chevelu guérit assez rapidement, sous l'influence de la coupe des cheveux et de pansements humides permanents suivis d'application de pommade à l'oxyde de zinc.

Seules persistèrent au niveau des lèvres plusieurs plaques sans cesse écorchées par l'enfant, exulcérées, en particulier aux commissures, plus marquées du côté droit. Pendant de longues semaines, la cicatrisation se fit attendre, les petites plaies furent le siège d'une infection suppurative permanente.

Lorsque l'enfant entra à l'hôpital, elle présentait aux régions post-auriculaire, mastoïdienne et cervicale, des ganglions non suppurés, isolés les uns des autres (complication banale en somme de toute affection du cuir chevelu chez l'enfant) siégeant à leur lieu et place habituels.

Les ganglions sous-maxillaires étaient légèrement engorgés, surtout à droite. Jusqu'ici, rien de particulier, lorsque nous assistâmes à l'apparition d'un phénomène nouveau.

A un centimètre et demi de la commissure des lèvres, légèrement au dessous d'une ligne allant de la commissure des lèvres au tragus, on vit apparaître un petit nodule qui, de la grosseur d'un pois, acquit assez rapidement le volume d'une petite noisette.

Aucun signe du côté des dents, dont aucune ne présente la moindre trace de carie, pas de périostite, la pression sur les dents n'est pas douloureuse. Les gencives sont saines, pas le moindre signe de gingivite.

La petite tumeur prise entre les doigts dont les uns sont introduits dans la cavité buccale et les autres en dehors de ladite cavité, roule aussi bien sous la muqueuse que sous la peau et n'est par conséquent adhérente ni à l'une, ni à l'autre. On a la sensation de quelque chose de nettement encapsulé, mais on n'a pas la sensation de fluctuation.

La tumeur, qui au début, à la simple inspection ne révélait

sa présence par aucun signe, soulève légèrement la peau. On perçoit au niveau de la tumeur, une petite élévation puis la peau, d'abord normale, prend une légère teinte rosée. Cependant, il n'y a pas d'œdème, ni de traînée de lymphangite.

Les signes subjectifs sont également modérés. Il y a une légère douleur, mais qui ne va pas jusqu'à l'impotence fonctionnelle, permettant à la petite malade d'ouvrir la bouche, de souffler. Les mouvements de mastication sont peu douloureux.

Pas de phénomènes généraux, l'appétit est conservé, pas d'élévation de température.

Bientôt, à mesure que l'infection de la commissure labiale disparaît, les signes objectifs s'atténuent progressivement. La rougeur de la peau disparaît d'abord, puis la gêne légère provoquée par les mouvements de la joue. Enfin la petite tumeur diminue de plus en plus, pour disparaître quinze jours après la cicatrisation de la plaie cutanée, sans laisser de traces de son passage.

CONCLUSIONS

Nous voyons, d'après ce rapide exposé, que l'on peut trouver dans certains cas un ganglion prévasculaire du groupe buccinateur, placé à quelques millimètres de la commissure des lèvres.

Ce ganglion que nous mentionnons a déjà été rencontré une seule fois par Princeteau, et Poirier conseille de l'appeler le ganglion de Princeteau.

Les ganglions géniens, échappent à l'état normal à la dissection la plus minutieuse.

Ils ne deviennent apparents que sous l'influence d'une poussée congestive.

Les ganglions géniens qui, comme les autres ganglions de l'économie, donnent lieu à des adénites, sous l'influence de la tuberculose ou du cancer peuvent aussi, comme eux, s'enflammer sous l'influence d'une suppuration aiguë intéressant les téguments, comme la pyodermite.

Les ganglions géniens qui peuvent passer inaperçus à un examen superficiel, à cause de leur rareté, sont utiles à connaître par exemple dans le cancer

où le ganglion génien ignoré peut donner naissance à une récédive.

Le traitement de l'adénite génienne diffère de celui des autres régions, à cause seulement de la région qu'il occupe. En effet, chaque fois qu'il sera possible, on devra l'évacuer par la cavité buccale, pour ne pas laisser à la joue de cicatrices apparentes.

Vu le Président de la thèse

BRISSAUD

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

PAOLO MASCAGNI. — Vasorum lymphaticorum corporis
humani historia et iconographia, 1787.

BOYER. — Traité d'anatomie.

BOURGERY ET JACOB. — Atlas d'anatomie.

POLLOSSON. — Cancroïde de la face. Prov. méd. 1890.

VIGIER — Des adénites de la joue. Gaz. hebdom. 1892.

VIGIER. — Thèse de Lyon, 1892.

L. PETIT. — Des adénites de la joue. Union médicale, 1892.

ALBERTIN. — Adénites génienues. Arch. provinc. de chir.
1895.

PRINCETEAU. — Les ganglions lymphatiques de la joue.
Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux, 1899.

CAPETTE-LAPLÈNE. — Les ganglions de la joue. Th. de Bor-
deaux, 1899.

BUCHBINDER. — Über die lage und die Erkrankungen der
wangenlymphdrüsen. Beit. zur. Klin. chir. 1899.

L. DOR. — Nouvelle mycose à grains jaunes, Gaz. hebdom.
juin, 1896,

A. PONCET. — Pseudo-actinomycose cervico-faciale ; phleg-
mons suppurés de la face et du cou dus à une nou-
velle mycose à grains jaunes. Congr. Franç. de
chir. 1896.

A. PONCET ET L. BÉRARD. — Traité clin. de l'actinomycose
humaine, 1898.

